

TORÇÃO DE BAÇO FLUTUANTE. Uma Situação Rara de Dor Abdominal

JOÃO RISQUES, LUÍS SOUSA, JOSÉ LUÍS ALMEIDA, EURICO GARRIDO

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Distrital do Barreiro.

RESUMO

A torção do baço flutuante, é rara e de diagnóstico difícil. O desenvolvimento dos meios imagiológicos de diagnóstico, tem contribuído para que maior número de casos, sejam detectados pré-operatoriamente e tratados de modo a conservar o baço, particularmente nas crianças. Apresentamos dois casos de baço flutuante. O primeiro com um quadro de abdómen agudo e formação tumoral na fossa ilíaca esquerda, que foi operado com o diagnóstico provável de torção de quisto do ovário. A laparotomia revelou um baço alojado na pelvis, com torção do seu pedículo e necrose maciça. O segundo caso, manifestou-se por um quadro de sub-oclusão intestinal e dor abdominal recorrente, associada a formação tumoral móvel nos quadrantes esquerdos do abdómen. Foi diagnosticado pré-operatoriamente por ecografia e cintigrafia esplénica. Apesar de diagnosticados em circunstâncias diferentes, o tratamento cirúrgico foi em ambos - esplenectomia -, pese embora as lesões necróticas serem menos exuberantes no segundo caso.

SUMMARY

Wandering spleen

Wandering spleen is uncommon and of difficult diagnosis. New Imaging Modalities (Eco; TC), can suggest or confirm the preoperative diagnosis of wandering spleen, permitting conservative surgery, mainly in children. We report two cases of wandering spleen. The first one, with acute surgical abdomen and tumor on left iliac fossa, operated as an ovarian cyst torsion: the laparotomy showed a necrotic spleen in pelvis. The second case presented as intestinal sub-occlusion with recurrent abdominal pain, and a left iliac fossa movable tumor. It was diagnosed by eco and radionuclides before laparotomy. Even diagnosed in different ways, the surgical treatment was the same.

INTRODUÇÃO

A torção do baço, constitui uma situação invulgar de dor abdominal. Pode levar à morte e raramente é diagnosticada antes de laparotomia.

Apresentamos dois casos de baço flutuante.

CASO CLÍNICO 1

M.C. de 51 anos, sexo feminino, foi admitida no Serviço de Urgência do Hosp. de São José em 16/7/77 por dor abdominal intensa de aparecimento súbito nos quadrantes inferiores do abdómen e vômitos.

No exame objectivo, o abdómen estava ligeiramente distendido e era doloroso à palpação principalmente na fossa ilíaca esquerda, onde se palpava formação tumoral muito dolorosa de 12cm/10cm dura de contornos mal definidos, superfície lisa e praticamente imóvel. No ex. ginecológico, palpava-se formação anexial esquerda com as características atrás descritas. Analiticamente apresentava leucocitose moderada. A doente foi enviada para a sala de operações, com o diagnóstico de torção de quisto do ovário.

Na laparotomia verificámos que a formação tumoral correspondia a um baço *encravado* na pelvis, com congestão intensa e necrose por torção do pedículo esplénico (6 voltas sobre o seu eixo), com cerca de 20cm de comprimento (Fig. 1), pelo que se procedeu a esplenectomia. A doente teve alta ao 8.º dia; pós-operatório sem complicações.

CASO CLÍNICO 2

M.P.A. de 39 anos, sexo feminino, raça branca recorreu ao Serviço de Urgência do hospital Distrital do Barreiro em 15/3/87, com dor abdominal intensa nos flanco e fossa ilíaca esquerdas, com paragem de emissão de gases e fezes, vômitos e distensão abdominal sem defesa.

O RX simples do abdómen em pé, não mostrava níveis hidro-aéreos. Fez-se aspiração gástrica com reposição hidroelectrolítica.

Por apresentar melhoria clínica, teve alta no dia seguinte sendo observada na consulta externa.

Uma semana depois, referia apenas dor *surda* no flanco esquerdo. O exame físico revelou, para além de uma palidez discreta, um tumor abdominal no flanco e fossa ilíaca esquerdos, móvel, duro doloroso, de superfície lisa regular, medindo 15cm/10cm, não pulsátil, sem sopros e com contacto lombar duvidoso (Fig. 2).

No ex. ginecológico, palpava-se tumor pélvico esquerdo não parecendo fazer corpo com o útero. Ex. rectal normal.

Os dados laboratoriais apenas revelaram anemia ligeira: Hb-10.5 gr% HT-34%.

A urografia de eliminação e o clister opaco, mostraram que a referida massa, não tinha relação com o ap. urinário nem com o cólon.

A ecografia e a T.A.C. (Fig. 3) abdominais confirmaram uma massa sólida heterogénea e a ausência de baço no hipocôndrio esquerdo.



Fig. 1 — Baço - caso 1.

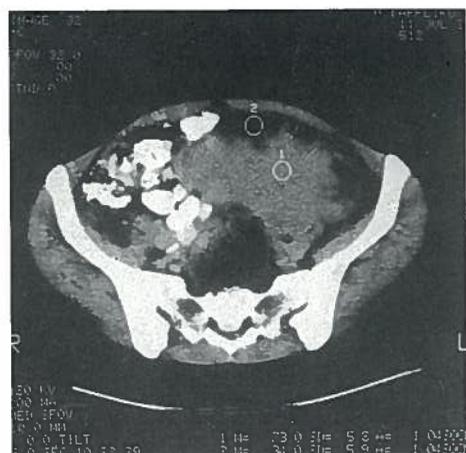


Fig. 2 — TAC - caso 2.

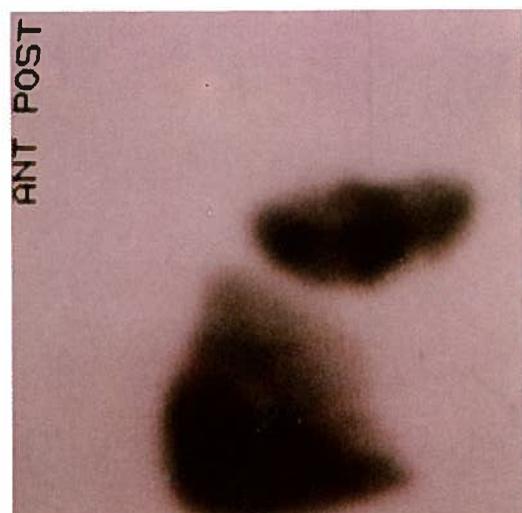


Fig. 3 — Cintigrafia Esplénica.



Fig. 4 — Baço - caso 2.

Foi proposta intervenção cirúrgica que a doente inicialmente recusou. Foi operada seis meses mais tarde, por persistência de um quadro de dor abdominal recorrente.

Na laparotomia confirmámos a existência de um baço volumoso (1080 gr.) com áreas de necrose, torcido sobre o seu longo pedículo (3.5 voltas), não envolvendo a cauda do pâncreas e alojado no flanco esquerdo (Fig. 5). Procedeu-se esplenectomia. O ex. anátomo-patológico, revelou um parênquima esplênico com múltiplas áreas de enfarte e trombose de vasos.



Fig. 5 — Ex. Anat. Patol. do baço - caso 2.

DISCUSSÃO

O baço flutuante, é uma entidade rara (6 casos em 3853 esplenectomias¹).

A sua etiologia inclui factores congénitos (fusão incompleta do mesogastro dorsal) e factores adquiridos (hormonais, esplenomegalia^{2,3}).

A fisiopatologia baseia-se na existência de um pedículo esplénico longo, que favorece a torção do órgão, com consequente estase venosa, isquémica arterial e necrose. A obstrução da veia esplénica, condiciona a hipertensão portal segmentar esquerda com varizes gástricas⁴.

As formas clínicas variam entre o doente assintomático, em que o diagnóstico é feito pelo exame clínico ou pelo estudo ecográfico, e o doente com dor, revelando-se em mais de 50% dos casos, por um quadro de abdómen agudo¹.

Nalguns casos, em que a torção não leva a necrose maciça do órgão, pode instalar-se um quadro doloroso recorrente.

Pode ainda existir hemorragia digestiva alta por rotura de varizes gástricas⁴.

O diagnóstico é feito na maioria dos casos, na laparotomia de urgência, mas a suspeição clínica aliada ao uso cada vez mais frequente dos meios complementares de diagnóstico imagiológico, vai permitir um maior número de casos detectados pré-operatoriamente.

Hoje a ecografia abdominal e a cintigrafia esplénica bastam para estabelecer o diagnóstico^{5,6}. A TAC pode ajudar a uma melhor definição das áreas de necrose (com injeção de contraste). A angiografia fica reservada a casos complexos de diagnóstico difícil^{3,7}.

Em termos terapêuticos, a esplenectomia é a solução inevitável em presença de um baço necrosado com ou sem abscesso. A distorção e a esplenopexia com rede de dextran, é para os restantes casos a melhor solução, pois permite conservar um órgão hoje reconhecido pela sua importância imunológica^{1,8}. A atitude expectante perante o doente assintomático, defendida por alguns autores, deve ser ponderada com os riscos²:

a) traumatismos de um órgão friável e não protegido pela grelha costal; b) necrose maciça do baço, por torção do pedículo vascular com elevada morbidade e mortalidade.

Nos dois casos apresentados, a abordagem foi diferente. No primeiro, tratou-se de um achado operatório, enquanto no segundo, a laparotomia confirmou o diagnóstico já estabelecido. Todavia em ambos, o sofrimento isquémico (necrose maciça no primeiro: múltiplas áreas de necrose no segundo), condicionou a mesma solução terapêutica - a esplenectomia.

BIBLIOGRAFIA

1. PEDIATRIC WANDERING SPLEEN: The case for Splenopexy review of 35 reported cases in the literature. *Journal of Pediatric Surgery* 1989; 24 Maio.
2. LA RATE ERRANTE: *Arch Fr Pediatr* 1984; 41: 139-41.
3. TORSION OF WANDERING SPLEEN AND DISTAL PANCREAS: *AJR* 1984; 142: Jan.
4. ACUTE GASTRIC HEMORRHAGE SECONDARY TO WANDERING SPLEEN: *Disgestive Disease and Sciences* 1984; 29 Dez.
5. TORSION OF A WANDERING SPLEEN IN AN INFANT: *Acta Radiologica Diagnosis* 1986; 27.
6. WANDERING SPLEEN IN TWO CHILDREN: The role of US diagnosis *BJR* 1984; 57: 267-270.
7. TORSION OF A WANDERING SPLEEN: *J de L'association canadienne des Radiologistes* 1988; 39: Set.
8. TORSION DE LA RATE: *Chir Pediatr* 1988; 29: 291-292.

Pedido de Separatas:
Luís de Sousa
Rua 2 - n.º 14 - 1.º Dto.
Urbanização Loios
2830 Barreiro